

社会福祉法人巴会 ケアセンターこんばす

介護職員初任者研修(通信課程)

受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所 連絡先	〒 TEL		

【所属先施設・事業所】

事業所名	
所在地 連絡先	〒 TEL

受講申込チェック表(該当する項目に必ずご記入下さい)

研 修 課 程	5月6日開講(週1回版)		どちらかに○を記入
	5月6日開講(毎日版)		
介 護 経 験	<input type="checkbox"/> 有り 実務経験 (年 月) <input type="checkbox"/> 無し		

■オリエンテーションに参加できます	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
■16日間のスクーリング全日程に参加できます	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
■受講料振込み予定日	令和 年 月 日

受講申込みにについて

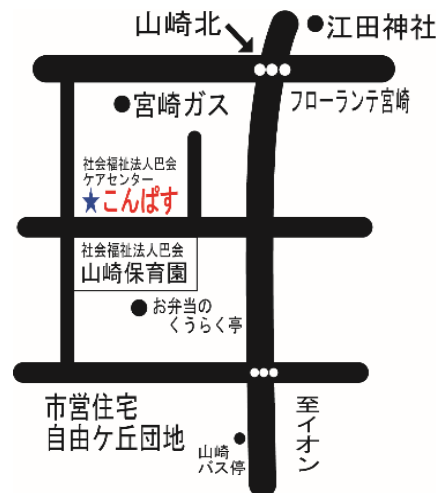
郵送又はFAXにてお申し込み下さい！

住 所：〒880-0836
宮崎市山崎町上ノ原1060番地1
ケアセンターこんばす
FAX：0985-83-3958

※受講料・テキスト代は期限厳守の上、
下記の口座にお振込み下さい！

振込み期限：令和3年4月23日(金)

【振込先】	金融機関名	宮崎太陽銀行 花ヶ島支店
	預金の種類	普通預金
	口座番号	1085720
	口座名義	社会福祉法人巴会 こんばす 所長 山本 順子



ご質問、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく
お問合わせ下さい！